FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894 — **THÈSE** N° — 52

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Juillet 1894, à 1 heure du soir

Des Tumeurs Malignes DES PAUPIÈRES

CONSIDÉRÉES PRINCIPALEMENT

Au point de vue de leur Traitement

Par Louis JAVEY

Né à Lure (Haute-Saône), le 27 Janvier 1866
Docteur en Médecine de la Faculté de Paris
Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique

Président : M. PANAS.

Juges : MM. { GUYON, professeur. BRUN et ALBARRAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

PAUL DELMAR

IMPRIMEUR LIBRAIRE

29, Rue des Boulangers, 29

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Juillet 1894, à 1 heure du soir

Des Tumeurs Malignes
DES PAUPIÈRES
CONSIDÉRÉES PRINCIPALEMENT
Au point de vue de leur Traitement

Par Louis JAVEY

Né à Lure (Haute-Saône), le 27 Janvier 1866
Docteur en Médecine de la Faculté de Paris
Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique

Président : M. PANAS.
Juges : MM. GUYON, professeur. BRUN et ALBARRAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

PAUL DELMAR

IMPRIMEUR LIBRAIRE

29, Rue des Boulangers, 29

1894

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	G. S E. POTAIN. HAYEM. JACCOUD.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN, ANDRÉ, BALLET, BAR, BRISSAUD, BRUN, CHANTEMESSE, CHARRIN, CHAUFFARD, DÉJERINE, DELBET, FAUCONNIER, GAUCHER, GILBERT, GLEY, HEIM, JALAGUIER, LEJARS, LETULLE, MARFAN, MARIE, MAYGRIER, MENETRIER, NELATON, NETTER, POIRIER, chef des travaux anatomiques, QUENU, RETTERER, RICARD, ROGER, SCHWARTZ, SEBILEAU, TUFFIER, VARNIER, VILLEJEAN, WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A notre Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PANAS

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Officier de la Légion d'Honneur

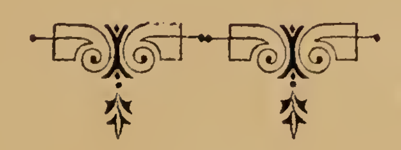




Avant de commencer ce travail nous tenons à remercier particulièrement les maîtres qui nous ont guidé pendant le cours de nos études médicales, M. le professeur Lannelongue, MM. les docteurs Dreyfus-Brisac, Péan et Jalaguier dont nous avons été l'externe et dont les savantes leçons nous ont été si utiles : nous leur en seront toujours reconnaissant.

Nous adressons nos plus sincères remerciements à M. le professeur Panas pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse.

Les observations que nous apportons sont inédites, nous les devons à l'obligeance de notre ami M. Ripault, interne des hôpitaux ; qu'il veuille bien accepter ici tous nos remerciements.





AVANT PROPOS

Depuis quelques années, le traitement des tumeurs malignes des paupières a donné lieu à plusieurs travaux originaux et provoqué au sein de la Société d'Ophtalmologie de Paris des discussions pleines d'intérêt ; aussi nous a-t-il semblé bon dans un travail d'ensemble de rappeler avec les progrès réalisés les méthodes de choix à employer en pareil cas.

Mais comme, pour nombre de points, le traitement repose sur la connaissance des formes de l'affection, sur leur évolution variable et surtout sur un diagnostic assuré, pour éliminer toute cause d'erreur dans l'appréciation du traitement mis en vigueur, nous jugeons indispensable de faire précéder cette étude thérapeutique de notions cliniques aussi précises que possible ; d'où la division de notre sujet en deux parties :

1° Formes et symptômes des tumeurs palpébrales ; leur évolution, leur diagnostic différentiel.

2° Traitement : partie fondamentale de la question.



CHAPITRE PREMIER

—

Étude clinique

Les tumeurs primitives doivent seules nous occuper ici ; celles qui se développent secondairement à des tumeurs du voisinage ; sinus maxillaire en particulier, intéressant, surtout au point de vue de l'intervention, le chirurgien et non l'oculiste.

Parmi les premières, qu'il nous suffise de rappeler le carcinome dont on n'observe pour ainsi dire pas d'exemple ; le sarcome, forme presque exceptionnelle, enfin l'épithélioma, la tumeur classique, habituelle avec ses diverses variétés.

Le *Sarcome* représente une tumeur ferme et bosselée ;

siégeant d'ordinaire à la paupière supérieure, parfois pigmentée (Melano-Sarcome) recouverte d'une peau distendue, mais non ulcérée, respectant la conjonctive et le globe oculaire, intéressant peu le système ganglionnaire, remarquable par la rapidité de son évolution et de ses récidives (Fage-Hohenberger) ; histologiquement constituée par des amas de cellules rondes, dépourvues de Stroma, avec néoformations vasculaires, le tout entouré d'une fine membrane d'enveloppe.

L'*Epithélioma*, se développe le plus habituellement après ; la quarantaine, ou dans la vieillesse, surtout chez l'homme tantôt vers la partie moyenne au niveau du bord ciliaire, plus souvent vers les angles, le grand angle tout spécialement. Il affecte trois variétés distinguées avec tous les classiques, (de Wecker, Fuschs, Michel) en :

1° Forme verruqueuse.

Plaque indurée, d'aspect verruqueux, constituée par un ou plusieurs boutons, peu indurés primitivement, s'écorchant et saignant facilement, augmentant, mais lentement, par des actions irritatives quelconques ; constituée parfois par des croûtes sèches ; épithélioma atrophique.

2° Forme papillaire.

Sur la plaque précédente, se sont développées des excrois-

sances lobulées, finement mamelonnées, saignant à la moindre cause ; c'est un stade plus avancé.

Souvent ces deux formes ont pour origines : les glandes sébacées ; leur extension lente se fait en surface ; c'est un néoplasme à développement surtout local.

3° Forme phagédénique ou térébrante.

Ici, la tumeur se caractérise par sa tendance ulcéreuse, l'adhérence précoce aux plans sous-jacents, l'extension en tous sens, et surtout l'envahissement vers la profondeur, vers les cavités voisines.

Les troubles fonctionnels varient avec la tumeur et la période où on l'observe, ce qui n'est pas sans importance à notre point de vue.

Au début, simples picotements, puis élancements, enfin douleurs véritables, plus ou moins continues et violentes, quand la tumeur ulcérée gagne les parties profondes ; déjà des hémorrhagies se répétant pour la moindre cause, mais rarement dangereuses par leur abondance, appartiennent à la phase d'ulcération ; des épistaxis concomitantes sont de bien plus fâcheux pronostics pour la marche ; une sécrétion fétide se concrète en croûtes à la surface des ulcérations, pouvant masquer leurs caractères.

D'autre part, tumeur et ulcération reposent sur une base nettement indurée, les encadrant pour ainsi dire, puis à

un moment donné l'induration se diffuse ; on trouve au voisinage du mal des nodules véritables, plus ou moins éloignés du centre, indiquant la marche rapide et envahissante (Panas) ; d'où la nécessité à cette période surtout d'intervenir très largement ; signalons aussi, comme condition plus fâcheuse à l'opération, l'état d'immobilisation de la tumeur ulcérée.

L'envahissement ganglionnaire est inconstant et surtout tardif ; compter sur lui, constitue donc une faute ; le trouver comporte un pronostic très aggravé et par suite une intervention plus hasardeuse ; le ganglion préauriculaire est le premier, souvent le seul envahi : les glandes sous-maxillaires le sont bien plus exceptionuellement et tout au moins à une période où il faut s'attendre à trouver déjà de la cachexie (dépérissement rapide, anorexie...) et même des généralisations possibles, quoique exceptionnelles.

Nous venons de décrire des formes anatomiquement exactes ; mais si nous envisageons la question à un point de vue plus pratique encore, pour nous du moins, nous ferons deux formes seulement avec les histologistes :

1° Epithélioma pavimenteux ou lobulé.

Celui qui commence à la peau, se développe lentement à ses dépens, respectant conjonctive et tissus voisins, qui lui font longtemps barrière : lent à s'ulcérer et surtout à se diffuser :

2° Epithélioma cylindrique.

Représentant la forme grave et rapide, ne respectant rien ; commençant à l'angle interne et plus fréquent qu'on ne le pense ; c'est celui qu'il est si difficile de limiter et qu'il faut poursuivre loin.

Evolution et Pronostic

Ils varient à l'extrême et cependant la clinique permet à l'opérateur de s'y reconnaître et de modifier suivant le cas sa ligne de conduite.

L'épithélioma qui débute par la conjonctive, s'étend avec une grande rapidité ; il peut gagner la conjonctive bulbaire, puis intéresser le globe, envahir l'orbite ; il a donc des caractères de malignité toute spéciale, qui imposent même de bonne heure les plus grandes réserves pour le pronostic opératoire et les plus larges sacrifices. La tumeur qui débute par le tégument externe a au contraire d'habitude une marche lente et traînante ; on peut suivre les progrès du mal et lui opposer une intervention ayant de grandes chances de succès ; c'est surtout la forme sébacée, verruqueuse qui met longtemps à évoluer, parfois au point de démentir un diagnostic, dont objectivement on aurait pu se croire assuré ; d'où les épithètes de faux épithélioma, de pseudo-lupus (Goruki), d'adénomes sudoripares, donnés à ces tumeurs qui offrent des caractères, ou plutôt une

marche permettant de les rattacher à des formes bénignes.

Mais ce qui légitime ici l'intervention et l'indique au chirurgien, c'est qu'à un moment donné, sous une influence minime, voire même sans irritation apparente, l'évolution change, l'ulcération creuse et s'étend, les ganglions se prennent..., et on aura à regretter et à se reprocher une opération trop différée ou trop restreinte ; si l'on agit, ce doit toujours être largâ manu, sous peine de donner à l'affection un coup de fouet, une impulsion nouvelle et fâcheuse.

L'épithélioma atrophique met donc un temps presque indéfini à augmenter et à constituer un danger pour l'existence ; 20 ans, 30 ans même (de Wecker) ; aussi comprend-on la légitimité de moyens d'action, moins énergiques et moins répugnants pour le malade que le bistouri et la curette. Ce n'est qu'au moment où il intéresse franchement la conjonctive, après avoir dépassé le rebord ciliaire, qu'il forcera la main à une action plus énergique et devenue indiscutable.

En résumé : deux phases, la première de statu quo, longue de plusieurs années, mais pouvant s'abréger brusquement : l'opérateur a le choix de moyens d'action et il peut espérer se rendre maître, pour assez longtemps du moins, de la situation ; la deuxième, période d'augment, où

la lésion marche vite, et où les chances de succès sont beaucoup plus relatives et la guérison plus précaire et de courte durée.

Cette marche, lente et progressive, quoique presque fatale, n'appartient pas à toutes les variétés ; il faut du moins mettre à part le cylindrome de l'angle interne ; ici grandes doivent être les appréhensions, même si on assiste au début ; c'est la forme traîtresse et envahissante ; quiconque n'est pas suffisamment prévenu se contentera d'une intervention parcimonieuse et se préparera de cruels déboires ; d'autre part, au cours de son opération, il devra ne pas s'étonner d'avoir à poursuivre le cancroïde, loin, fort loin de son point de départ, et prendra pour règle de conduite dans tout cas douteux, de visiter les fosses nasales et de s'assurer de l'état des voies lacrymales, des sinus voisins...

Ici, en effet, l'épithélioma térébrant, trouvant dans la disposition anatomique des voies lacrymales un terrain éminemment prédisposé à sa pullulation, avant d'intervenir, il faudra donc examiner de très près les canalicules, le sac et prévenir le malade de la nécessité de sacrifices imprévus, sous peine de résultats absolument imparfaits. L'infection des canalicules gagnera le sac, puis le canal lacrymal ; de là se diffusera aux cornets et aux méats, ou bien pénétrera directement par envahissement de l'orbite, en effondrant

sa paroi interne ; plus rarement, comme dans les cas précédents, l'on aura à s'inquiéter de l'état du globe lui-même ; le sinus maxillaire, les cellules ethmoïdales, enfin les sinus frontaux et sphénoïdaux sont envahis et doivent être examinés, surtout si on s'attaque à une récidive ; enfin on doit se préoccuper de la possibilité d'envahissement intra-cranien, tantôt latent, lui aussi, mais s'annonçant quelquefois par des signes tels qu'ils contre indiquent toute intervention permise par autre part.

Donc, ne pas agir seulement là où est la tumeur, mais la chercher là où elle peut se propager, quand elle ne l'est pas déjà. Nous avons assez parlé de l'importance de la barrière conjonctivale, moindre dans le cas particulier, pour n'y pas revenir, ainsi que du danger et de la rareté des complications orbitaires, que l'on ne peut apprécier que par la palpation digitale, plus rarement par de la gêne dans les mouvements du globe en dedans, ou par la compression et le refoulement de ce dernier.

La sclérotique résiste très énergiquement à l'infection ; parait-elle atteinte, ne fut-ce qu'en un point très restreint, énucléer au plus vite, et encore ne se faire que bien peu d'illusions sur le sort ultérieur de la cavité rétro oculaire ; l'œil doit être sacrifié, ou au contraire demande à être immédiatement protégé, soit parce qu'il est exposé à l'air

et aux phénomènes d'irritation par insuffisance des voiles palpébraux, soit du fait de compressions gênant sa nutrition et sa vitalité.

Il est enfin dans l'évolution du cancroïde un point intéressant encore très vivement tout opérateur consciencieux ; c'est la question des récidives. Comme on l'a dit, il ne faut pas toujours prendre pour récidives, ce qui n'est que le fait d'une extirpation trop ménagée et insuffisante ; on a tranché en plein tissu malade, d'où irritation, marche accélérée, influence plutôt néfaste du traitement ; nous avons assez insisté sur la constatation de noyaux suspects au voisinage, pour n'y plus revenir ; mais il convient d'y songer toujours, ainsi qu'aux adhérences périostiques, méconnues à une palpation trop superficielle.

Mais il ne faut pas exagérer et reconnaître combien sont fréquentes, habituelles, les récidives ; nul, même après l'opération la plus radicale, ne doit s'en croire à l'abri et se priver de la surveillance de son médecin ; il arrivera même que de petites tumeurs très limitées augmenteront rapidement, dès qu'on les aura touchées ; il y a là des questions individuelles de terrain dont il faut tenir grand compte, mais sans y subordonner une opportunité opératoire.

Plus la récidive est précoce, plus elle est à craindre ; mais comme elle se fait en surface pendant longtemps et

reste sous l'œil et sous le doigt du chirurgien, il ne faut pas la craindre outre mesure ; ce n'est qu'au cas où l'on voit se créer les envahissements plus profonds, qu'il faut s'attendre à se voir dépassé ; cette crainte est surtout légitime pour le cancroïde du grand angle.

Certains malades surveillés peuvent ainsi subir, cinq six opérations et davantage en moins de quelques années ; comme une très longue survie s'observe fréquemment, il y a donc lieu d'intervenir sans se lasser, ni se décourager. L'aboutissant habituel est cependant une terminaison fatale par issues diverses, mais on peut la reculer si bien parfois qu'elle équivaut à un succès.

Toutes ces données sont si capitales pour légitimer ou contr'indiquer le mode opératoire, pour le guider, que nous n'avons pas cru nous être laissé entraîner trop loin ; tout doit se subordonner à la clinique pour donner les résultats les plus satisfaisants.

Diagnostic

Induration, aspect de l'ulcération, hémorrhagies faciles, mais surtout marche de la lésion et examen histologique sont les éléments d'un diagnostic affirmatif; encore faut-il reconnaître qu'il est souvent bien imparfait, puisque nous sommes impuissants à reconnaître à l'avance chez certains la marche que prendront les événements et porter un pronostic ou indiquer une intervention à l'abri d'erreurs notables.

Rappelons ainsi pour mémoire certaines tumeurs serpigineuses ou pigmentées, ne s'ulcérant que partiellement et justiciables d'un traitement qui ne s'applique guère aux tumeurs reconnues de nature épithéliale; les noms de Meyer, Boucheron... s'attachent à ces pseudo-épithéliomas.

La simple verrue peut être difficile à distinguer du Noli tangere; elle est cependant tout à fait stationnaire, ne saigne pas; irritée, elle guérit rapidement par des moyens anodins; toutefois il peut être nécessaire d'attendre et de

surveiller, car c'est là une menace pour l'avenir « de la graine de cancroïde. »

Le lupus est l'apanage des adolescents, très exceptionnellement primitif aux paupières ; absolument dépourvu de troubles fonctionnels ; l'ulcération ne creuse pas et se cicatrise spontanément par places.

Partout on trouve cité le chancre induré ; mais son début si récent, sa dureté cartilagineuse, les pléiades ganglionnaires ne sont-elles pas suffisantes pour écarter les chances d'erreur.

Le diagnostic, fort délicat à poser souvent, surtout en l'absence de commémoratifs est celui de la gomme ulcérée ; aussi dans toute ulcération de nature incertaine, faut-il prescrire le traitement intensif ; on évitera ainsi les mécomptes opératoires ; nous n'avons cru mieux faire que d'en rapporter ultérieurement un exemple frappant.

La gomme a des bords taillés à pic, un fond tourmenté, grisâtre, tourbillonneux ; pas d'adhérences profondes ; peu d'hémorrhagies, une induration moins nette ; le sytème ganglionnaire tributaire de la région est respecté ; enfin le mode de début, la durée et la marche des accidents sont des données à utiliser toujours ; le diagnostic esr surtout embarrassé par des croûtes masquant le caractère de l'ulcère et une induration inflammatoire de voisinage ; il suffit alors d'appliquer quelques compresses pour faire céder

ces phénomènes trompeurs et étudier de plus près la lésion avec ses caractères propres.

Ce diagnostic est le seul parfois réellement délicat et surtout utile à poser catégoriquement pour l'opérateur ; nous y avons donc insisté justement.

Quant au diagnostic différentiel des tumeurs malignes, c'est affaire de microscope et encore la solution peut en être incertaine : la marche des accidents éclaire seule ; la recherche des propagations de voisinage importe au moins autant au clinicien ; inutile de nous répéter.

CHAPITRE II

Traitement

Pour un grand nombre, la question se résume ainsi ; il existe une tumeur maligne, dangereuse pour l'existence, il faut la supprimer par l'exérèse. Mais depuis plusieurs années certains oculistes se louent tellement des résultats obtenus par des méthodes non sanglantes que nous devons leur consacrer quelques instants. Avant de citer tous les topiques dont on s'est servi avec ou sans grand succès, nous devons rappeler les indications et contre indications de la thérapeutique médicale.

Le malade, pour des raisons diverses : âge, santé, condition sociale, répugne absolument à l'opération, le mal après ou sans récidives multiples, s'est tellement diffusé.... vers les sinus etc.... qu'il se met au-dessus des ressources d'une chirurgie prudente ; d'autre part et surtout on est en présence de ces formes verruqueuses, croûteuses, à peine envahissantes et faciles à surveiller ; n'est-il point

tout indiqué vraiment de recourir à des procédés simples et ayant fait leurs preuves maintes fois déjà.

Dans un dernier ordre de faits, sur l'épithélioma se sont développées des ulcérations qui se sont infectées et causent aux patients de véritables ennuis par les sensations qu'elles provoquent et leurs sécrétions abondantes ; des topiques divers peuvent déterger la surface de ces ulcères, hâter leur cicatrisation.

D'ailleurs cet emploi des antiseptiques puissants ne répond-il pas à un autre point de la question, sur lequel l'attention de tous est vivement attirée, nous voulons parler de l'infectiosité, de la nature parasitaire du cancroïde à laquelle précisément les faits que nous étudions ici ont paru plusieurs fois donner raison. Si ce traitement a procuré des guérisons, durables même ; s'il offre l'avantage psychique tout au moins, d'agir là où le chirurgien doit abandonner son patient, on comprend combien il faut apprécier une thérapeutique de soulagement tout au moins, un palliatif utile dans bien des circonstances. Mais d'autre part, le traitement médical a été mis en vigueur ; il est employé depuis plusieurs semaines ; aucun résultat appréciable n'a été obtenu ; on doit alors le suspendre, ce que l'on ferait à fortiori si la tumeur irritée paraissait s'en ressentir et prenait une marche envahissante : l'indication

opératoire serait alors plus évidente que jamais et imposée au malade. En résumé, indication de choix dans les formes atrophiques, non envahissantes; traitement à essayer, mais à savoir interrompre et remplacer par un plus énergique *dès* qu'il le faut.

Voyons maintenant quels topiques sont à recommander; Abadie et Darier se sont fort loués des bons effets d'attouchements de la tumeur alternativement avec une solution d'acide chronique à 1/5 et de bleu ou violet de méthyle, bien connu sous le nom de pyoctanine à 1/10 dissous dans un mélange d'alcool de glycérine; ce dernier topique n'étant employé à cette dose énergique que tous les trois jours environ; on peut encore recourir à la pyoctanine en injections à 1/1000 une demie à une seringue de Pravaz tout autour de la tumeur ulcérée; certains se sont vantés de ses bons effets.

D'autres ont, à la suite de Bergeron, préconisé l'application permanente en quelque sorte de compresses d'une solution saturée de chlorate de potasse; mais elles peuvent occasionner des douleurs insupportables. Rappelons également les applications de solution forte de résorcine. ou d'acide acétique concentré. Quelques oculistes ont eu recours pour détruire les tumeurs épithéliales à l'emploi de flèches de Canquoin et surtout du thermo ou du galvano

cautère, moyens rapides et exécellents, lorsqu'on s'attaque à des bourgeons de récidive en particulier.

Enfin l'ulcération greffée sur la tumeur pourra se trouver remarquablement bien de l'usage du sublimé (caustique en même temps,) des poudres d'aristol et d'iodoforme.

Tous ces moyens doivent être tentés au début tout-à-fait, et dans les conditions mentionnées; mais d'ordinaire, il faut en venir au traitement prompt et radical; l'exérèse, l'ablation par l'instrument tranchant.

Nous allons donc entrer dans les détails de l'opération. telle qu'elle doit être pratiquée.

L'usage d'une antisepsie rigoureuse est comme toujours indispensable, surtout si l'on cherche après l'ablation la restauration immédiate; aussi les soins habituels de ce côté ne seront jamais négligés, aussi bien pour l'opérateur et ses instruments que pour le champ opératoire.

Quand la tumeur est superficielle et peu étendue, on peut la cerner par des injections faibles de cocaïne, mais le plus souvent des dégâts sont tels qu'il faut recourir à l'anesthésie chloroformique. Ces deux conditions remplies, le bistouri peut être pris en main; mais il doit sectionner les tissus bien en dehors des limites du mal; aussi une palpation minutieuse s'assurera-t-elle de l'état des parties molles, à la périphérie de la tumeur ou de l'ulcération et

d'autre part au-dessous d'elle. Souvent l'opération est suivie d'une récidive presque immédiate en un point ; on accuse la malignité de la lésion au lieu de s'en prendre à l'étendue de l'intervention, qui frisait de trop près les bords du cancroïde ; il faut couper franchement en dehors de lui, en des tissus aussi sains que possible et non côtoyer la tumeur, la serrer de près comme on a trop de tendance naturelle à le faire, au grand détriment du succès ultérieur.

Qu'on ait tracé ou non à l'avance sa ligne opératoire, l'on saisit le bistouri et l'on circonscrit rapidement et profondément sa tumeur, puis une pince à griffe fixe cette dernière qui est enlevée dans sa totalité ; on maintient alors une certaine compression durant quelques minutes pour arrêter l'hémorrhagie en nappe ; alors on se rend compte par l'œil et le doigt de l'état des parties voisines ; le tissu paraît-il friable et suspect, on s'en débarrasse aussitôt par une incision plus large que la première ; à la rigueur une curette de Volkman ou bien la lame du thermo cautère détruisent les tissus sous jacents ; on s'assure une dernière fois qu'il ne reste plus de bourgeons dangereux et l'on panse alors la plaie ou bien on la recouvre d'un lambeau suivant le cas.

Mais cette ablation, quand elle a été étendue ou profonde,

expose fort à des cicatrices amenant un ectropion permanent; d'où la nécessité dans tous les cas où l'opération a été sérieuse et radicale de pratiquer la suture des bords palpébraux; suivant les dimensions et le siège du cancroïde on fera une tarsorraphie totale, comprenant tout le bord, ou partielle seulement au cas d'épithélioma des angles modérément développé.

On sait comment se fait cette suture: avivement aux ciseaux ou au bistouri de l'arête ciliaire interne, sur les deux paupières, puis rapprochement et suture des surfaces cruentées; les bords palpélraux sont ainsi maintenus en contact jusqu'à ce que le travail de rétraction cicatricielle soit terminé, sans apparence de noyaux indurés de récidive en aucun point; on ne laissera jamais trop longtemps la suture en place.

Parfois la blépharorraphie aura encore une deuxième indication; le globe exposé trop longtemps au contact de l'air a eu et pourrait avoir encore à souffrir, d'où l'indication de le protéger et d'empêcher une ulcération grave, voire même une perforation de se produire ou se compléter.

Envisageons maintenant la question si débattue et non encore tranchée de savoir si on laissera à la simple nature le soin de combler et cicatriser à elle seule la brèche que

l'on aura faite, ou si l'on recouvrira immédiatement la perte de substance d'un lambeau cutané.

Deux écoles sont en présence, présentant chacune des arguments et des faits probants à l'appui de leur doctrine.

La première représentée par M. Valude, son ardent promoteur, Chevallereau, Fage est celle des abstentionnistes; la plaie créée, disent-ils, est éminemment suspecte; c'est un terrain tout préparé aux récidives; celles-ci sont donc à craindre et à surveiller d'autant plus qu'elles seront précoces; en attendant on peut examiner la plaie à loisir, et l'on n'est jamais obligé de sacrifier, même en partie, un lambeau adapté; certains ont même été jusqu'à dire que le lambeau, les sutures constituaient autant d'agents d'irritation fâcheuse, mais ceci nous semble vraiment trop exagéré. Deuxième argument de M. Valude; si au bout d'un certain temps, rassuré par la marche de la cicatrisation, on veut aider la nature par une restauration secondaire, on trouve la besogne bien facilitée; une partie du terrain est déjà comblée; le sacrifice de tégument sain sera beaucoup moindre.

A ceci, les partisans de l'autoplastie immédiate répondent avec Meyer, Galezowski, Gillet de Grandmont, Gorecki, que la méthode n'est pas sans inconvénients; pour aucune tumeur, dite maligne, on ne laisse agir ainsi les événements

et la conduite à tenir doit être de remettre, le plus vite possible, les choses en l'état; une guérison retardée n'a jamais valu une guérison franche et rapide; si l'opération a été largement faite, aucune récidive ne doit survenir, au moins durant les semaines qui ont suivi l'intervention; il n'y a donc aucun inconvénient à masquer le champ opératoire, non dangereux par lui-même, s'il a été suffisamment déblayé.

D'un autre côté, la restauration secondaire, tentée en plein tissu de cicatrice, n'est pas aussi simplifiée qu'on veut bien le dire, et les délabrements à faire subir aux tissus de voisinage ne sont guère moindres que dans la restauration primitive.

Si nous envisageons d'autre part, la question au point de vue purement plastique secondaire d'ailleurs en pareil cas, il faut reconnaître que la nature fait aussi bien les choses, quoique plus lentement que le chirurgien le plus habitué à ce genre d'opérations.

En résumé, la question reste et restera encore longtemps en suspens; et nous croyons que, pour rester maître des circonstances, il ne faut pas se prononcer aveuglément pour telle ou telle méthode; nous exposerons, chemin faisant, notre manière de voir à propos de tel ou tel cas, les indications se modifiant avec chaque patient. Toutefois nous

maintiendrons forcément ce principe que toutes les fois où, par la nature, le caractère de malignité de la tumeur, on devra craindre de ne pas avoir très largement dépassé les limites du néoplasme, il sera bon de le surveiller de très près, et par conséquent de ne pas masquer la région par une autoplastie trop immédiate ; sur ce terrain de prudence vulgaire, nul, croyons nous, ne nous démentira.

Sur la question de blépharorraphie, les avis divergent moins ; si l'on a peu à craindre de l'intervention, on est autorisé à s'abstenir ; mais sinon, il vaut mieux recourir à la suture, qui donnera toujours une cicatrice plus large étalée, par suite, moins rétractile.

Avant d'aborder l'étude du procédé opératoire, qui nous semblera le mieux adapté à telle où telle variété, nous croyons devoir rappeler les divers procédés autoplastiques consacrés par l'usage.

La méthode italienne, modifiée par Berger et qui consiste à appliquer sur la surface cruentée un lambeau emprunté au bras, auquel il reste attaché par son pédicule, jusqu'à ce que sa vitalité soit bien affirmée, ne trouve pas ici son application ; elle est trop pénible pour le malade vis à vis du résultat obtenu, immédiat, mais presque toujours incertain, et par suite trop chèrement acheté ; aussi n'en est-il fait mention dans aucune restauration pour cancroïde ; nous n'en parlerons donc pas.

Plus habituellement, on recourt à la méthode française dite par glissement; on dissèque au voisinage de la plaie un lambeau qu'on mobilise et qu'on suture pour la recouvrir; la seconde plaie opératoire peut alors être recouverte par un des procédés de greffe dont nous allons parler ultérieurement, au lieu d'être abandonnée à elle-même.

Dans d'autres cas, l'opérateur emploie la méthode indienne: le lambeau est emprunté aux tissus voisins sains et ne reste adhérent que par un pédicule aussi large que possible: ce procédé par pivotement doit seulement éviter que le pédicule ne soit trop tordu sur lui-même, pour n'en pas compromettre la vitalité; le procédé de Denonvilliers qui consiste à faire pivoter le lambeau au lieu de le tordre est donc préférable à ce point de vue; ce n'en est d'ailleurs qu'une variante.

Le lambeau dans ces deux méthodes est emprunté à la face, ce qui a des avantages; il a meilleur aspect, se font mieux avec les régions ambiantes; sa vitalité due à sa vascularité est plus grande qu'elle ne l'est dans les procédés qu'il nous reste à énumérer; il est bien entendu que ce lambeau n'est jamais emprunté à un tissu tant soit peu suspect.

Dans les autres procédés, on applique un lambeau pris à une région voisine et n'étant rattaché par aucun pédicule :

on évite ainsi les cicatrices faciales, et, si le lambeau ne reprend point, on n'a pas mutilé la face ; cependant, malgré les résultats obtenus par Panas, Delens.... ce n'est pas le procédé de choix, mais plutôt un procédé d'exception. Trop souvent en effet le lambeau privé de ses moyens de nutrition n'a pas repris, et même, quand il a paru plein de vie, s'est ratatiné peu à peu et s'est résorbé en grande partie, sans servir par lui-même à la fermeture de la plaie. Ce procédé ne serait guère à conseiller qu'au cas où à la suite de plusieurs ablations et restaurations successives, le tissu de voisinage serait transformé en une zône trop cicatricielle, pour pouvoir être utilisée, et ce cas est bien rare, somme toute, à rencontrer.

Le lambeau est emprunté le plus ordinairement à l'avant bras ou à la face interne du bras (peau très fine) ; comme dans toute autoplastie, ses dimensions doivent excéder d'un tiers au moins la surface à recouvrir ; la face cruentée doit être dépourvue de tout tissu adipeux, plus génant qu'utile au point de vue vital ; on appliquera un nombre de sutures suffisant pour que le lambeau soit étalé et convenablement adapté ; ce sont là les règles élémentaires, mais indispensables. Ce grand lambeau expose par son étendue même au recroquevillement des bords et surtout à la mortification au moins partielle : aussi M. de Wecker et Landolt.

préfèrent-ils faire cette hétéroplastie (Méthode de Lefort-Wolfe) à l'aide de plusieurs lambeaux placés côte à côte et formant une véritable mosaïque.

Comme ces procédés hétéroplastiques n'offrent qu'une sécurité relative et ne servent souvent que de foyers de cicatrisation, on emploie de préférence, au cas où l'on n'a pas de lambeau facial, une des méthodes de greffe si utilisées actuellement à cause de leur facilité relative et du peu de délabrement qu'elles amènent.

On a conseillé la greffe purement épidermique de Reverdin ; autour des petits lambeaux d'épiderme se développent des foyers cicatriciels multiples ; ou mieux encore la greffe de Thiersch, où l'épiderme est renforcé par la couche papillaire qui en assure la vitalité ; la seule petite difficulté de cette méthode excellente consiste à tailler avec le rasoir des lambeaux assez étendus, et non tailladés déchiquetés sur leurs bords ; cette greffe dermo-épidermique est surtout indiquée pour combler une perte immense de substance ; pour compléter une restauration à lambeau insuffisant, pour activer la cicatrisation quand elle marche lentement ; (il faut alors préalablement gratter la couche de bourgeons charnus) ; enfin, pour remplacer le premier lambeau, si malheureusement il est voué à une mortification certaine, quelle qu'en soit la raison.

Ce procédé rendra donc au cas particulier d'épithélioma palpébral de réels services, tout en étant plus simple et plus à la portée de chacun que les méthodes indienne ou française, et cela, d'autant plus encore que si les petits lambeaux disparaissent, il est facile, et, sans endormir le malade, sans même prononcer le mot si redouté d'opération, de les remplacer par d'autres.

Toutes ces considérations, indispensables à donner pour éviter de continuelles redites, nous permettent de préciser maintenant la conduite rationnelle à tenir devant telle ou telle tumeur, quelque soit son siège, son étendue...

Sarcome palpébral

M. Fage a récemment, dans un cas observé par lui, décrit la marche à suivre ; nous la rappelons avec lui. La tumeur est circonscrite par une incision dépassant les limites du mal ; il n'y a guère à se préoccuper ici des noyaux de voisinage, la tumeur étant pour longtemps, bien encapsulée ; la suture des paupières est effectuée ; la plaie recouverte par un lambeau emprunté à la région frontale pour la paupière supérieure, à la joue pour l'inférieure ; on doit s'assurer avec soin de l'état de l'orbite ; les récidives de ce côté ne sont pas rares ; il faut donc au moindre signe suspect se hâter d'intervenir ; d'autre part, il faut songer aux ganglions, les enlever et curetter vigoureusement le tissu qui les environne ; la récidive à leur niveau est donc aussi à surveiller ; le globe oculaire ne court pas de risques. Il importe de prévenir l'entourage de la gravité extrême du cas. La question de restauration secondaire n'a plus la même importance que pour un cancroïde : il vaut

mieux, pour la satisfaction du malade tout d'abord, faire l'autoplastie sur le champ.

Rappelons encore la gravité pronostique attachée au sarcome ayant ulcéré la peau depuis quelque temps ; il devient inattaquable ; l'opération n'est plus que simple complaisance de la part du praticien.

Epithélioma

Verrue croûteuse sur une des paupières.

On saisit la petite tumeur, on la cerne et l'excise au bistouri ou aux ciseaux ; on suture de suite ; la guérison est à surveiller et surtout l'induration de la cicatrice ; le thermo-cautère a l'inconvénient de s'opposer à la suture immédiate ; aussi tend-on à l'abandonner, sauf pour détruire les bourgeons de récidive et encore ici, il offre l'ennui de masquer l'aspect réel des tissus.

Epithélioma en bordure.

Celui-ci est à cheval sur le bord ciliaire, proéminent plutôt du côté de la peau que de la conjonctive ; il est beaucoup plus diffus que ne le montre une simple palpation ; on le circonscrit, mais à distance de deux coups de ciseaux : si l'excision a dû être large et profonde, il est bon d'attendre une restauration secondaire, le bourgeonnement conjonctival surtout, étant à craindre ; on se trouvera bien aussi de pratiquer un avivement et une suture palpébrale de chaque côté de la perte de substance, ne fut-ce que pour régulariser la cicatrisation.

Epithélioma ayant envahi une grande étendue d'un des voiles, l'inférieur le plus souvent.

Avant tout, on se rend compte de l'état de la muqueuse conjonctivale ; on recherche les noyaux indurés à la périphérie de la tumeur, les ganglions, puis on agit.

Incision bien périphérique ; conserver autant que possible un soutenement conjonctival, à moins qu'il ne soit pas prudent de le faire ; s'il existe encore une région suspecte, la gratter avec la cuiller tranchante, jusqu'à ce qu'on ait une plaie nette ; si l'on est content de son ablation, on peut recourir à l'autoplastie immédiate ; et l'on est forcé de le faire si l'un des voiles a dû être enlevé dans une très grande étendue, car on ne peut laisser le globe de l'œil à même dans un pansement, pendant plusieurs semaines ; nous ne répéterons pas que la blépharorraphie a été exécutée dès le début. Si l'on suture de suite, on peut recourir à divers procédés dont nous résumerons la technique.

Pour la paupière supérieure, méthode indienne avec lambeau pris à la racine du nez et à la partie moyenne du front, si la tumeur est étendue surtout vers le grand angle ; procédé de Blasius. Au contraire, lambeau elliptique emprunté aux téguments de la tempe, si ce lambeau doit répondre à la partie palpebrale externe, ou bien être consi-

dérable ; c'est le procédé de Fricke, employé surtout pour ectropion.

Pour la paupière inférieure, on a le choix : le procédé de Diffenbach en particulier a été maintes fois employé ; il consiste à exciser dans un large V à pointe inférieure tout tissu infiltré ; une incision prolonge horizontalement la commissure externe et représente la base d'un large lambeau quadrilatère génien, qu'on amène après dissection et par glissement jusqu'au contact du grand angle ; la plaie nouvelle est recouverte de greffes dermo-épidermiques. Tout analogue est le procédé de Burrow, dans lequel le triangle cutané a son sommet en haut ; mais le sacrifice de ce lambeau provoque une traction trop énergique ; aussi est-il rejeté généralement. Le procédé de Knapp a rencontré aussi peu d'imitateurs ; nous nous bornons à le rappeler.

Très souvent aussi on s'est servi du procédé à large base ou par pivotement de Denonvilliers : mais si la perte de substance qu'on est forcé de combler est énorme, représente la presque totalité de la paupière en largeur et en hauteur ; si l'épithélioma adhèrent au rebord orbitaire a nécessité la rugination, l'ablation même de ce bord à de tels lambeaux. peut être substitué le procédé, dit du pont, spécialement employé par M. Tripier pour des cas semblables.

Le néoplasme enlevé, on taille de chaque côté de la perte

de substance et pas trop rapproché d'elle un petit lambeau en volet qu'on dissèque et qu'on rabat, de façon à les adosser et suturer ; la face cutanée regardant en arrière ; ils ont pour but de soutenir le grand lambeau qu'on va appliquer sur la large plaie ainsi créée dans toute l'étendue de la paupière.

Alors on prend au-dessus du sourcil un lambeau quadrangulaire mesuré à l'avance, qu'on dissèque et vient suturer en bas ; il remplace la paupière absente et reste adhérent aux téguments frontaux par un double pédicule qui représente ses deux extrémités.

D'autre part enfin, on a dû sacrifier totalité ou grande partie de la paupière inférieure, avec sa conjonctive ; plus de support pour un lambeau ; plus de culs de sac si nécessaires à la mobilité du globe ; quelle conduite à tenir.

Dans la séance de la Société d'ophtalmologie du 8 novembre 1892, M. Kalt et à sa suite M. Valude, rappelant une pratique déjà ancienne, mais trop peu vulgarisée du professeur Panas, se faisaient les défenseurs de l'idée suivante, dont l'exécution avait été couronnée de tout le succès désirable ; ce qui nous porte à le décrire complètement, quoique brièvement.

On refait la paupière inférieure avec la supérieure dont la laxité se prête très bien à son dédoublement en quelque

sorte et dont les éléments reconstituent une paupière absolument normale. On détruit les cils et leur bulbe ; puis on attire la paupière en bas, et on la suture aux tissus saints et cruentés ; au bout de quelque temps, quand tout travail cicatriciel est bien terminé, on sectionne en plusieurs fois à petits coups cette paupière en deux segments, en ayant soin de ne pas porter la section trop en dehors.

Ce procédé simple et ingénieux remplace donc tous les lambeaux bien plus compliqués et inapplicables ici en raison de l'absence de tout plan conjonctival. Un lambeau à la Denonvilliers n'est de mise qu'avec un bord ciliaire à peu près conservé ; dans le lambeau indien on observerait du recroquevillement et par suite une cicatrice vicieuse ; enfin l'hétéroplastie expose trop aux échecs et le lambeau se résorbe peu à peu.

Barazza, de son côté, a remplacé avec succès la paupière supérieure détruite par l'inférieure saine en mobilisant fortement la peau du sourcil ; mais la traction doit être ici plus génante ; il y a moins d'étoffe ; la section des nouvelles paupières ne doit se refaire que peu à peu.

S'il n'y avait que la moitié ou les deux tiers par exemple de la paupière envahis dans toute l'épaisseur, on procéderait de même façon, seulement on ne ferait la suture que dans la région où elle serait indiquée ; la portion de paupière

restée saine constituerait une amorce qu'on prolongerait peu à peu en dedans de façon à avoir une fente aussi régulière que possible.

Rappelons cependant qu'on peut supprimer presque sans incouvénients la paupière inférieure, à condition toutefois que le cul de sac conjonctival et un petit ourlet cutané subsistent; la nature répare les choses et cette paupière miniature suffit pour ne pas gêner la mobilité du globe, la supérieure suffisant à le protéger et la recouvrir. Un malade opéré par M. Chevallereau et dont nous donnons quelques mots d'observations, nous l'a parfaitement prouvé.

Envisageons maintenant les épithéliomas des angles.

Epithélioma de l'angle externe.

Il intéresse souvent la conjective commissurale; il faut donc sacrifier le tout largement et sans regrets; on aura parfois au cas d'adhérences à ruginer le rebord malaire de l'orbite; on peut faire la restauration à l'aide d'un lambeau pris à la tempe; c'est chose facile, ou bien en recourant au procédé d'échange des lambeaux de Denonvilliers, ici bien indiqué; on trace et dissèque deux lambeaux triangulaires, adossés par un côté commun: le premier comble la perte de substance primitive, le second, celle du premier.

D'autre part, la cicatrisation abandonnée à la nature a ici tous ses droits; elle se fait vite et en laissant le minimum

de difformité ; l'autoplastie est seulement bien autorisée par ce fait qu'en la région, il n'est guère d'envahissement profond ; que d'ailleurs toute récidive est on ne peut plus facile à apercevoir dès le début, facile aussi à poursuivre ; l'envahissement des cavités orbitaire ou maxillaire n'est noté que tout à fait exceptionnellement.

Epithélioma de l'angle interne.

Nous abordons ici le traitement pour l'une des formes les plus malignes, les plus rapides du cancroïde des paupières ; aussi n'avons-nous pas besoin de rappeler qu'ici plus que jamais l'intervention ne sera jamais trop étendue ; de plus qu'en raison de l'imminence en quelque sorte des récidives, il ne sera pas prudent de recourir à la réparation immédiate, car elle est dangereuse ; l'indication est donc formelle ; les plaies des angles se cicatrisent d'ailleurs avec une facilité merveilleuse et sans produire de troubles fonctionnels sérieux.

La tumeur peut s'étendre en surface ; mais le plus souvent, l'envahissement par la périphérie est médiocre ; le mal gagne de suite la profondeur d'où le nom de phagédénique et surtout de térébrant ; on croit n'exciser qu'une petite tumeur ulcérée et l'on est entraîné à une profondeur énorme ; dans cette intervention il faut être tout prêt à faire de grands sacrifices, bien heureux lorsqu'une très précoce récidive

ne vient pas compromettre le résultat d'une opération énergique.

On commence donc par circonscrire et enlever le mal à longue distance, puis on cherche l'induration profonde, on gratte jusqu'à ce qu'on se croie en bon terrain ; on se rend compte alors, si l'on n'a pu le faire antérieurement, de l'état du sac qu'on gratte et resèque impitoyablement, puis on s'attaque au canal lacrymo-nasal, et s'il paraît intéressé, on le curette vigoureusement ; on arrivera ainsi fatalement dans bon nombre de cas, surtout s'ils sont de dates plus ou moins anciennes déjà, jusque dans la cavité nasale ; les cornets sont-ils suspects (l'inférieur ou le moyen,) on s'en débarrassera sans hésiter, et non par un craintif grattage; mais en raison de l'hémorrhagie qui peut être dangereuse par son abondance et son issue dans les voies respiratoires et gênante en masquant le champ opératoire, il est préférable d'employer la lame du thermo-cautère et au besoin l'anse galvanique pour les cornets.

Les altérations ostéo-périostiques se reconnaîtront chemin faisant, comme dans tous les cas analogues, à l'aide du stylet faisant constater la friabilité anormale du tissu osseux ; par lui donc, on saura se rendre compte de l'envahissement possible des sinus qu'on devra ouvrir largement à la curette : ou mieux à la gouge et au maillet ;

d'une simple incision on voit donc que l'intervention peut se changer en une opération compliquée et laborieuse.

Il faut encore songer à l'extension, plus rare il est vrai, du côté de l'orbite ; on doit s'en rendre maître par une ablation bien complète ; au besoin en détachant un des muscles du globe pour récliner celui-ci et se donner du jour ; si l'envahissement est plus étendu encore, il faudra sans hésiter sacrifier le globe et pratiquer le curettage de l'orbite. Ce n'est qu'en faisant large la part du mal, en tenant constamment ouvert sous ses yeux le champs opératoire, en s'attaquant aux récidives où qu'elles paraissent et dès qu'on les soupçonne, qu'on pourra dans les formes malignes espérer une survie quelquefois prolongée, et en tout cas une atténuation aux douleurs de son malade.

Nous avons dit combien exceptionnelle était l'invasion du globe par le néopasme; son infection commande l'énucléation aussi précoce que possible.

L'opérateur doit être d'autant plus persévérant et énergique dans ses interventions au niveau de l'angle interne que tous les épithéliomas n'y ont pas fatalement l'allure grave et pénétrante sur laquelle nous avons cru devoir justement insister; certains opérés d'assez bonne heure restent assez longtemps du moins sans gagner vers la profondeur.

D'une manière *générale*, quelle que soit l'étendue de la tumeur et de ses prolongements; du moment où on espère dépasser les limites du mal, on doit opérer et réopérer autant de fois qu'il sera nécessaire; on devra alors dans ces ablations énormes ne pratiquer aucune autoplastie à cause des dimensions qu'il serait nécessaire de donner à son lambeau et surtout de l'existence presque forcée de récidives; quelques greffes de Thiersch activeront utilement cependant le travail cicatriciel normal.

Au cas où l'on ne peut agir chirurgicalement, essayer les topiques modificateurs recommandés au début de cette étude; user des antiseptiques contre les ulcérations; des toniques sous toutes formes contre l'état général; des calmants et surtout des injections de morphine contre la douleur qui devient atroce à cette période.

Nous ne devons pas oublier la nécessité où se trouve l'oculiste de rechercher et d'enlever avec un soin extrême les moindres ganglions engorgés; d'autre part l'existence de masses énormes, surtout coïncidant avec un état de santé déjà altéré, commande la prudence et contre indique l'extirpation; d'autant plus que les opérations palliatives et partielles sont nuisibles; car elles accélèrent la marche de l'affection, sans s'attaquer utilement aux douleurs, hémorrhagies et autres accidents.

CHAPITRE III

Observations

OBSERVATION I

D.... homme, 55 ans.

Ce malade était porteur d'une petite verrue située sur la paupière inférieure gauche au voisinage de l'angle interne; à partir de 1888, cette evrruese mit à saigner facilement, s'ulcéra en se recouvrant de croûtes et peu à peu gagna la région du sac lacrymal, occasionnant un larmoiement très gênant.

L'ablation de la tumeur fut faite en mai 1892 à Saint-Etienne; six mois plus tard il se présenta à M. Chevallereau qui opéra une récidive déjà considérable; malgré tout, le mal réapparut; il fallut sacrifier le globe oculaire, puis ultérieurement exentérer l'orbite, pratiquer l'ablation du cas lacrymal; le néoplasme envahissant les fosses nasales, on le poursuivit le plus loin possible; la paroi orbitaire

interne fut effondrée : actuellement les fosses nasales sont à jour, les cornets visibles, ainsi que le sinus frontal ; le nombre des opérations successives rendues nécessaires par la progression de l'épithélioma a été de huit ; à la suite d'un dernier grattage et de cautérisations énergiques, le mal avait pu paraître enrayé durant quelques mois ; mais devant l'état actuel et la diffusion des récidives dans les régions ethmoïdo frontales, il a fallu renoncer à une opération plus radicale encore et on recourt, sans résultat jusqu'alors aux pansements et injections à la pyoctanine.

OBSERVATION II

M.... 65 ans, homme.

Ce malade s'est présenté au docteur Chevallereau en février 1891 pour un épithélioma en bordure, ayant envahi la *presque* totalité de la paupière inférieure gauche ; celle-ci a donc dû être réséquée jusqu'au voisinage du cu de sac ; la restauration a été abandonnée à la nature sans aucune intervention ; depuis trois ans le résultat s'est maintenu excellent chez ce malade revu tout récemment ; il existe une petite bordure palpébrale et un cul de sac suffisant pour permettre la mobilité du globe.

Si des bourgeons de récidive forçaient à sacrifier ce lambeau de paupière, il serait tout indiqué d'appliquer la restauration par suture aux lèvres de la plaie de la paupière supérieure avivée.

OBSERVATIONS III

N.... 69 ans, homme.

Ce malade a été opéré en 1891 par M. Panas, puis en 1892 par M. de Wecker pour un épithélioma du grand angle de l'œil droit; ce dernier opérateur pratiqua la restauration à l'aide d'un lambeau frontal par torsion; en juillet 1893, récidive étendue. Au cours de l'opération (faite par M. Delens) on fut obligé de faire un grattage très profond; le sac fut détruit au thermo-cautère; une petite curette fut introduite dans le canal nasal; l'orbite était heureusement sainé, aucune autoplastie ne fut faite. Le malade s'est récemment représenté à la consultation sans récidives apparentes; ce qui est un beau résultat, étant donné la nature envahissante de la tumeur; toutefois il accuse dans la région frontale correspondante quelques douleurs paroxystiques qui doivent faire craindre une poussée nouvelle profonde.

OBSERVATION IV

L.... 64 ans, femme.

Epithélioma étendu de la paupière inférieure droite opérée par M. Delens en octobre 1893 : après la blépharorraphie la plaie est recouverte d'un lambeau large pris au bras : ce lambeau a parfaitement vécu ; le résultat s'est maintenu depuis plus de huit mois sans rétraction notable.

A l'angle interne de la plaie, on constate actuellement un noyau d'induration, adhérent profondément. On ne peut donc dire que dans ce cas l'autoplastie immédiate ait masqué cette récidive, puisqu'elle est absolument récente. Il est vrai de dire que l'épithélioma nullement adhérent aux parties profondes avait pu être enlevé aussi complétement que possible.

OBSERVATION V

G.... 42 ans, femme.

Cette malade est adressée à M. Delens par son médecin pour être opérée d'épithélioma de la paupière supérieure gauche.

Il existe une ulcération assez étendue, indurée, saignant de temps à autre, recouverte de croûte. Pour mieux juger de l'état exact de la lésion, on applique des com-

presses humides sur l'ulcération; on constate au bout de peu de jours des bords taillés à pic, un fond jaunâtre et nullement d'aspect papillaire; de plus l'induration diminue sensiblement à mesure que tombent les phénomènes inflammatoires; comme l'ulcère était d'autre part bien étendu pour son début récent (deux mois environ) on porta le diagnostic de gomme; un traitement énergique guérit de suite une malade qu'on avait été sur le point d'opérer.

Le diagnostic entre épithélioma et gomme présente donc de réelles difficultés; dans le doute, le traitement spécifique doit toujours être prescrit.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS

La conduite à tenir en présence d'une tumeur maligne des paupières est extrêmement variable ; avant tout, il faut poser un bon et ferme diagnostic à tous les points de vue que nous avons successivement examinés : ce n'est qu'après un examen attentif et minutieux qu'on devra se décider pour l'intervention immédiate ou la non intervention, mais surtout pour tel ou tel procédé opératoire, mieux adapté que tout autre au cas particulier.

Quoiqu'on en ait dit, le traitement médical, à moins d'erreurs fréquentes de diagnostic, ne saurait entrer en parallèle avec le traitement chirurgical ; il est à essayer, mais sans trop insister, ni trop en espérer, sauf mauvaise interprétation des faits encore une fois, et alors l'opération eût donné aussi et plus rapidement les meilleurs résultats. Jusqu'à preuves évidentes du contraire, on doit compter sur lui plutôt comme palliatif que comme franchement curateur.

L'ablation doit dépasser largement les limites du mal ; on peut recourir à l'autoplastie immédiate, si l'on croit être suffisamment sûr de ses moyens d'action ; sinon la prudence conseille d'attendre et de surveiller en laissant agir la nature.

Par sa diffusion vers les cavités voisines et les caractères éminemment trompeurs de cet envahissement, le cancroïde du grand angle mérite une place toute spéciale dans le diagnostic et le mode d'intervention.

Il est remarquable d'autre part combien d'ordinaire le cancroïde est et reste bien longtemps, parfois toujours, un néoplasme purement local, respectant l'œil et l'orbite, si exposés cependant.

Ceci légitime largement, à défaut d'autres arguments encore, la nécessité d'opérations aussi multipliées qu'il le faudra et les espérances qu'on peut concevoir pour une longue survie de son opéré.

BIBLIOGRAPHIE

FUSCHS . . . . Manuel d'Ophtalmologie, page 560.

De WECKER et LANDOLT. Traité d'Ophtalmologie, Tome 1, page 109 et suivantes.

GALEZOWSKI . . Traité des maladies des yeux, page 58.

DELENS . . . . Traité de chirurgie, Tome IV, page 409, etc.

PANAS . . . . . Traité des maladies des yeux, Tome II, art. paupières.

FAGE . . . . . . Epithélioma de l'angle interne. — Recueil d'Ophtalmologie, page 527. Septembre 1892.

Recueil d'Ophtalmologie, page 427, Juillet 1892.

VALUDE . . . . Archives d'Ophtalmologie, 1889, pages 289 et 394.

VALUDE . . . . Archives d'Ophtalmologie, 1891, page 439.

VIALET . . . . . Archives d'Ophtalmologie, 1889, page 71.

PANAS. . . . . . Archives d'Ophtalmologie, 1891, page 483.

KALT . . . . . . Recueil d'Ophtalmologie, Novembre 1892, page 658 et suivantes.

TRIPIER . . . . . Recueil d'Ophtalmologie, Mars 1890, page 129.

DARIER . . . . . Recueil d'Ophtalmologie, Mars 1893, page 139.

BARAZZA . . . . . Recueil d'Ophtalmolgie, Février 1893, page 97.

SOCOR . . . . . . Revue générale d'Ophtalmologie, Avril 1893, page 183.

MOLLIÈRE. . . . Province médicale, Octobre 1887.

De LAPERSONNE . Archives d'Ophtalmologie, 1881.

ROUZÉ . . . . . . Epithélioma des paupières, Thèse de Lille, 1890.

FAUSSILLON . . . Tumeurs malignes de l'angle interne de l'œil, Thèse de Paris, 1890.

Dre DECHAMBRE. . Art. paupières, par Charost.

JACCOUD . . . . . Art. paupières, par Panas.

HUTCHINSON. . . Recueil d'Ophtalmologie, 1889, page 576.



Vu par le Président de la thèse,
PANAS.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

